Ueber
Hernia epigastrica und praeperitoneales Lipom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Willibald Dietrich,
appr. Arzt aus Ketzin a. H.

München 1903.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Ueber
Hernia epigastrica und praeperitoneales Lipom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Willibald Dietrich,
appr. Arzt aus Ketzin a. H.

München 1903.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent:

Herr Obermedizinalrat Professor Dr. v. Angerer.

Die heftigen und symptomatisch mit anderen Krankheiten übereinstimmenden Beschwerden, welche die epigastrischen Hernien in gleicher Weise wie die im engsten aetiologischen Zusammenhang mit ihnen stehenden praeperitoneale Lipome sehr häufig verursachen, verdienen die aufmerksamste Beachtung des Arztes, um nicht, durch eine nur oberflächlich angestellte Untersuchung irre geleitet, zu einer falschen Diagnose zu gelangen. Denn nur leider zu oft werden dann, wie durch verschiedene Fälle, welche in der einschlägigen Literatur beschrieben worden sind, bekannt und erwiesen ist, die Patienten gezwungen, Monate ja Jahre hindurch jene unerträglich quälenden Schmerzen zu erdulden, die sich durch eine Operation mit einem Schlage hätten beseitigen lassen. Zwei besonders treffende Beispiele für diese Behauptung bilden sowohl der von Matthey in seiner Inaugural-Dissertation „Zur Casuistik und Operation der sogenannten Fetthernien. Würzburg 1887" als auch der von Prof. Dr. Lürke im Centralblatt für Chirurgie 1887 Nr. 4 Pag. 68 mitgeteilte Fall. Ich halte es daher für angebracht, dieselben in meiner Arbeit ausführlich mitzuteilen.

„R. S., 35 Jahre alt, verheiratet, ein Unterbeamter bei der Eisenbahn, früher Soldat, klagte seit langer Zeit über die mannigfachsten Störungen und wurde damit seinen Vorgesetzten durch seine beständigen Ge-

suche um Erleichterung vom Dienste sehr lästig. Er ist von mehreren Aerzten untersucht worden, wovon die Einen sich einfach für Uebertreibung der Klagen, Hypochondrie, die Anderen für Magen- und Leberleiden aussprachen. Verschiedene, diesen Voraussetzungen entsprechende Mittel waren lange Zeit hindurch vergeblich gebraucht worden. Ich selbst (Prof. Wernher, Giessen erzählt den Fall in Virchows Archiv, Bd. XXXVII., Pag. 476) hatte den Kranken mehrfach untersucht, ohne zu einer andern bestimmten Ansicht gelangen zu können. In der Voraussetzung, dass vielleicht ein beginnender Bruch die Ursache des Leidens sein konnte, untersuchte ich alle Bruchpforten aufs genaueste und entdeckte 4 Finger über dem Nabel in der Linea alba einen kleinen, flachrunden Tumor unter der unveränderten Haut, dessen Berührung dem Kranken sehr empfindlich war. Verschiedene Mittel, insbesondere Druckverbände, blieben ohne Erfolg. Auf den dringenden Wunsch des Kranken wurde daher eine Incision über die Geschwulst geführt, welche sich als eine kleine, gelappte Fettmasse auswies, die sich mit einem dünnen Stiele durch einen Spalt der Linea alba fortsetzte. Sie wurde mit Scheere abgetragen. Kurze Zeit später waren die früheren nervösen Erscheinungen vollständig verschwunden.

Zweitens:

A. H., 46 Jahre alt, führt sein Leiden auf eine Anstrengung zurück, welche er 1870 als Pionier bei einem Brückenbau hatte, wobei er Schmerzen im Epigastrium bekam, die sich bald besserten, doch bei

schwerer Arbeit stets sich wieder zeigten. Seit 1878 wurde Patient auf der Strassburger Klinik wiederholt an einem Magengeschwür behandelt. Erst, nachdem die Symptome des Magengeschwüres geschwunden waren und doch weitere Beschwerden — Schmerz, Erbrechen — bestehen blieben, wurde man auf eine links ein paar Centimeter oberhalb des Nabels liegende schmerzhafte Hernie aufmerksam, welche nicht reponibel war.

Operation am 12. November 1886. Incision, Drainage der Fettgeschwulst, Entwicklung eines Omentumstranges, der mit dem Finger gelöst werden musste. Dabei zeigten sich rechts und oben Verwachsungen in ausgedehnter Weise. Abtragen des Netzteiles, Unterbindung, Naht der Fascie und Haut. Jodoformverband, tadelloser Verlauf.

Die Schmerzen und das Erbrechen haben seitdem völlig aufgehört.

Auch in einem der Fälle, welche die Grundlage für die vorliegende Arbeit bilden, Fall 10, wurde die Patientin in England auf Leberleiden behandelt, erst ein Münchner Arzt diagnostizierte eine Hernie und überwies die Kranke zur Operation in die chirurgische Klinik. Nach der Operation war die Kranke sofort von allen Schmerzen befreit.

An der Hand der über dieses Thema publicierten Litteratur und der mir zur Verfügung gestellten vierzehn Fälle sei es mir gestattet, ein möglichst genaues Bild der durch Herniae epigastricae wie durch praeperitoneale Lipome hervorgerufenen Beschwerden zu geben.

König sagt in seinem Lehrbuch der Chirurgie, Band II, pag. 392:

„Die Kranken leiden an heftigen, ziehenden Schmerzen in der Magengegend, welche offenbar durch Zug des in den Bruch hineintretenden Bauchfelles oder des Netzes hervorgerufen werden. Daneben entwickeln sich leicht hypochondrische Erscheinungen neben Appetitlosigkeit, Magenbeschwerden u. s. f.; dass diese Beschwerden wirklich von den kleinen Brüchen abhängig sind, das habe ich aus einer Anzahl Fällen gesehen, bei welcher dieselben mit der Operation verschwanden."

Weiter schildert Tillmanns in seinem Lehrbuch der speziellen Chirurgie, zweiter Teil, p. 186 u. 187, die epigastrischen Hernien folgendermassen:

„Zwischen Schwertfortsatz und Nabel kommen nicht selten kleine Hernien (Herniae epigastricae) vor, welche heftige Beschwerden verursachen können. Schmerzen besonders auch bei Druck, beim Bücken und nach dem Essen, Erbrechen, Abmagerung, Neurasthenie, ähnlich wie bei anderen Magenleiden. Die Hernien werden leider zu oft übersehen und dieser Irrtum kann für die Kranken von den bedenklichsten Folgen sein. Die herniöse Ausstülpung findet sich meist in einer Inscriptio tendinea des M. rectus, es handelt sich gewöhnlich um Netzbrüche und die Beschwerden sind vorwiegend bedingt durch Zug des Gewebsstranges, welcher in der Nähe des Magens vom Netz abgeht. Ausser den Netzhernien kommen auch Magen- und Darmhernien vor und durch Magen- und Darmperforation kann der Tod eintreten. Die epi-

gastrischen Hernien sind für operative Eingriffe sehr geeignet, die Beschwerden werden durch Operation leicht und sicher beseitigt.

Da beide Autoren in ihren Abhandlungen betonen, dass die vorkommenden Beschwerden einzig und allein auf Konto der Bruchgeschwülste zu setzen seien und darin übereinstimmen, dass der operative Eingriff das sicherste Heilverfahren bedeutet, möchte auch ich denselben an dieser Stelle als die einzigste, dauernde Heilung versprechende Therapie nachdrücklichst empfehlen und Bandagen und Bruchbänder nur in dem Falle anwenden lassen, wenn der Patient sich durchaus nicht zur Operation entschliessen will. Das Gleiche gilt natürlich auch für die präperitonalen Lipome, da sie ja, worauf ich schon anfangs hingewiesen habe, ätiologisch so nahe zusammenhängen; denn sehr oft ist es einfach unmöglich, mit Sicherheit zu bestimmen, ob es sich um eine wirkliche Hernie oder ein präperitoneales Lipom handle; ja es ist in der Literatur hinlänglich bekannt, dass bisweilen nicht einmal die Operation einen sicheren Aufschluss darüber zu geben vermag.

Roth schreibt in dem Archiv für klinische Chirurgie 1891: Ueber die Hernien der Linea alba: „Wir möchten auf Grund der sorgfältigen Präparation in unseren Fällen behaupten, dass das Netz noch häufiger den Inhalt dieser Brüche bildet, als man glaubt, dass namentlich ein Teil der Fälle, die als subseröse Lipome beschrieben und operiert worden sind, Netzbrüche waren. Es ist bekannt, wie oft das jahrelang im Bruchsack liegende Netz verwächst, und welche Veränderungen es dabei eingeht; dazu kommt, dass auf der

Höhe dieser Brüche sich sehr häufig Fettmassen, kleine Lipome, finden, die dem Bruchsack innig aufsitzen. Denkt man sich nun einen ganz dünnen, durchscheinenden Bruchsack — und so ist derselbe bei Hernien der Linea alba fast immer, ja er fehlt zuweilen gänzlich — denkt man sich ferner, das fettreiche Netzstück mit dem Bruchsack innig verwachsen und diesen wieder mit dem ihm aufsitzenden Lipom, so ist es begreiflich, dass die ganze Masse als ein Lipom imponiert. Es ist auch behauptet, dass die Lipome zuweilen eine bruchsackähnliche Umhüllung haben; das Vorhandensein einer solchen braucht also den Operateur garnicht zur Annahme einer wirklichen Hernie zu zwingen. Man unterbindet den Stiel, trägt den Tumor darüber ab und glaubt, ein subseröses Lipom operiert zu haben. In der That ist es oft ausserordentlich schwer, selbst wenn man den unter der Haut des Bruches gefühlten Tumor freigelegt hat, zu sagen, ob man ein Lipom oder eine Netzpartie mit oder ohne Bruchsack oder alles dieses zusammen vor sich hat.

Nach dem Gesagten halte ich es daher für angebracht, im Verlauf meiner weiteren Arbeit keine strenge Scheidung zwischen beiden Geschwulstarten mehr aufrecht zu halten, sondern sie als gleichwertig ansehen zu dürfen in der Urheberschaft für die Beschwerden, die sie verursachen.

Eine der Hauptklagen, welche fast in allen den Krankengeschichten, die ich später noch ausführlich mitteilen werde, wiederkehrt, sind die heftigen, mitunter stechenden, bohrenden Schmerzen, welche von der dem Bruche entsprechenden Stelle ausgehen und

nach den verschiedensten Richtungen ausstrahlen, wie in den Unterleib (F. 7), in die rechte Bauchgegend (F. 1), in die Herzgegend (F. 3) und sogar bis in den Kehlkopf (F. 13); dann aber auch nach dem Magen, in die Lenden, zum Rectum, zur Blase, nach oben in die Schulterblätter, in den Kopf, kurz es gibt wohl fast keine Körperregion, von der nicht in der Litteratur berichtet wurde, dass sie von den erwähnten Schmerzen in Mitleidenschaft gezogen werden könnte. Diese Schmerzen können bisweilen auch in kolikartiger Form auftreten und sich nicht selten zu einer solchen Heftigkeit steigern, dass die vor Schmerz fast ohnmächtigen Kranken teilnahmslos und cyanotisch daliegen, Respiration und Puls eine fast beängstigende Form annehmen, der Leib gespannt und druckempfindlich wird und die Patienten ganz das Bild eines Schwerkranken darbieten. Am häufigsten treten derartige Zustände nach der Nahrungsaufnahme ein; in unseren Fällen (F. 1. 3. 8. 12.) nahmen die Schmerzen ebenfalls besonders nach dem Essen an Heftigkeit zu.

Die Intensität dieser gastrischen Krisen ähnlichen Zustände wie ihre Dauer ist eine sehr verschiedene; einmal dauern dieselben nur wenige Minuten, um ein anderesmal mit der grössten Heftigkeit stundenlang anzuhalten. Die Lage und Stellung der Patienten übt hierauf einen wesentlichen Einfluss aus. Bei Entspannung der Bauchmuskulatur z. B. in Rückenlage pflegen die Beschwerden geringer zu werden, während sie bei Inanspruchnahme derselben Bücken, Aufrichten, Stehen, Hintenüberbeugen u. s. f. acerbieren.

In sechs Fällen (F. 1. 5. 7. 8. 9. 13.) wird nach-

drücklichst darauf hingewiesen, dass die Patienten von Aufstossen, Uebelkeit und zeitweiligen Erbrechen, welches sich im Falle 13 periodisch alle Wochen wiederholte und bei Fall 9 sogar schliesslich ununterbrochen andauerte, in empfindlichster Weise gequält würden.

Fast alle Kranken klagen über die hartnäckigste Obstipation, müssen sie dann zu Stuhl, so haben sie beim Pressen fast unerträgliche Schmerzen zu erdulden; eine der Patientinen (F. 7) behauptet, sie habe bei sehr hartem Stuhle ständigen Stuhldrang empfunden und es sei des öfteren sehr viel Blut im Stuhle abgegangen, eine Erscheinung, die von Roth für profuse Diarrhoen ebenfalls beobachtet worden ist. All diese hartnäckigen Beschwerden lassen es erklärlich erscheinen, dass die Patienten bei längerer Dauer ihres Leidens abmagern (F. 1 u. 7) und schliesslich sogar die Pscyche in Mitleidenschaft gezogen wird. Leichtere Störungen des Allgemeinbefindens sind wohl im Verlaufe der Krankheit fast immer zu beobachten.

Darüber schreibt Kuttner in seiner Abhandlung:

„Ueber Verdauungsstörungen verursacht durch verschiedene Bruchformen. Mitteilungen aus Grenzgebieten der Chirurgie und Medizin 1896. Die Patienten bieten dann meist das Bild der Neurasthenie, Hysterie oder Hypochondrie dar und unbestimmte Klagen über allgemeine Schwäche, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Gefühl von Ameisenkriechen u. s. w. haben sie zum Arzt geführt."

Während wohl die grösste Mehrzahl der Patienten unter den erwähnten Beschwerden in geringerer oder

heftigerer Weise zu leiden hat, kommt es auch anderseits vor, dass derartige Hernien und Lipome ganz symptomlos bestehen können wie bei unseren Fällen (2, 6 u. 10) und nur die Vergrösserung der Geschwulst und die damit verbundenen Unannehmlichkeiten bestimmen schliesslich die Kranken, sich einer Operation zu unterziehen.

Wie lassen sich nun diese schweren Erscheinungen, wenn sie auftreten, erklären? König fand in einem Falle, bei welchem er den Gefässstiel des Tumors durch die Bruchpforte hindurch verfolgen konnte, dass derselbe nach der grossen Curvatur des Magens hinging, so dass er also bei den peristaltischen Bewegungen desselben an ihm zerrte und auf diese Weise vielleicht einen Reiz auszuüben im stande war. Hier muss man also eine direkte Reizung des Magens annehmen. Eine andere und wohl auch bei der grösseren Mehrzahl der Fälle zutreffendere Annahme ist wohl die, dass bei Bewegungen durch die fortwährende Zerrung des Peritoneums in der Umgebung der Bauchpforte und durch Quetschung feinster im Bereiche der Tumoren verlaufender Nervenstämmchen auf reflectorischem Wege ein Reiz ausgelöst wird; dafür spricht auch ganz besonders die Tatsache, dass die Beschwerden aufhören, wenn es gelingt, die Geschwülste zu reponieren und durch geeignete Bandagen zurückzuhalten.

Denkt man dann auch noch an die exponierte Lage der Hernien und Lipome und bringt einen Teil der Beschwerden auf das Konto dieser, so glaube ich, hat man eine genügende Erklärung gefunden.

Kommt ein Patient zum Arzt und klagt in der

obengeschilderten Weise, so soll und muss der Arzt immer, wenn nicht mit absoluter Sicherheit und Bestimmtheit ein organisches Leiden für derartige Krankheitserscheinungen nachzuweisen ist, vor allem an eine Hernia epigastrica denken. Darauf macht auch schon Richter in seiner Abhandlung von den Brüchen, Göttingen 1785, die auch ganz besonders auf die Brüche der Linea alba anzuwenden ist, aufmerksam, indem er schreibt: „Ich kann es nicht nachdrücklichst genug sagen, dass alle diese Zufälle oft von einem kleinen verborgenen Bruche herrühren, und ermahne daher meine Leser, in solchen Fällen jederzeit den ganzen Umfang des Unterleibes mit der grössten Genauigkeit zu untersuchen.

Zum Schluss sei es mir gestattet, die mir zur Verfügung gestellten Fälle von Hernia epigastrica und präperitonealen Lipomen aus der königlichen chirurgischen Klinik zu München nach den Krankengeschichten ausführlich darzustellen.

Für die bereitwillige und liebenswürdige Ueberlassung dieser Arbeit sage ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Obermedizinalrat Prof. Dr. v. Angerer auch an dieser Stelle meinen ehrerbietigsten Dank.

Fall I.

A. M., 50 Jahre alt, Oekonomensfrau-Wallersdorf, verheiratet. Patientin hat fünfmal geboren, zum letztenmal vor 12 Jahren. Die ersten vier Geburten erfolgten in Zwischenräumen von 2 Jahren, die letzte 12 Jahre

später. Beim letzten partus Schwierigkeit wegen der Grösse des Kindes. Patientin bemerkte nach der letzten Geburt vor 12 Jahren, dass der Bauch sich sehr stark vorwölbe und die Bauchdecken sehr flach blieben, obwohl sie erst ca. zwei Wochen post partum das Bett verlassen hatte. Die Vorwölbung des Bauches nahm immer mehr zu. Seit 4—5 Jahren treten besonders nach dem Essen oder nach längerem Gehen und Stehen Schmerzen in der rechten Bauchgegend auf, sowie häufiges Erbrechen. Seit 2 Jahren hat Patientin fast täglich, wenn sie ausser Bett ist, Erbrechen. Auch der Stuhl ist schon seit mehreren Jahren träge, oft 4 Tage angehalten. Vor 2 Jahren soll Patientin wegen eines Gebärmuttergeschwüres in Behandlung gewesen sein. Seit 2 Jahren will Patientin erheblich abgemagert sein.

Status praesens:

Mittlerer Körperbau, reduzierte Ernährung. Bauchdecken ungemein schlaff, mit zahlreichen Striae bedeckt; von der Linea alba aus wölbt sich eine anscheinend nur von Haut bedeckte, kindskopfgrosse Geschwulst, die mit Eingeweiden gefüllt ist, beutelartig herabhängt, vor; den Nabel in seiner linksseitigen Basis in sich einschliessend. Unter der Haut ist deutlich die Darmbewegung zu sehen. Unterhalb des Nabels scheinen die Mm. recti nicht zu diastasieren; oberhalb des Nabels fühlt man auch bei Husten oder Pressen kaum den Muskelstrang des Rectus. Nur an der linken Seite fühlt man nahe der Mittellinie eine ringförmige Grube, scharf umrandet, in die man bequem 2 Finger hineinlegen kann. Die Bruchteile zu

beiden Seiten der Geschwulst fühlen sich leer an. In der Geschwulst scheint auch der Magen zu liegen, da bei Trinken von Flüssigkeit auf der rechten Seite der Geschwulst sofort Plätschergeräusch entsteht.

Diagnose Hernia epigastrica: Operation.

In Narkose gelingt es, die ganze Hernie durch einen schmalen Spalt zwischen Schwertfortsatz und Nabel zu reponieren, Schnitt über die Haut, wobei das Peritoneum eröffnet wird. Stumpfe Lospräparierung des ganzen, grossen Bruchsackes. An der Innenseite ist das Netz mit dem Colon transversum adhärent und wird mit drei Unterbindungen abgelöst. Hierauf wird extraperitoneal die Bruchpforte mit Catgutnähten verschlossen; der Bruchsack abgeschnitten, die Stümpfe vernäht. Hautnaht. Nach 2 Monaten ist die Wunde bis auf 2 kleine Granulationen verheilt. Narbe fest. Mit Bauchbinde entlassen.

Fall II.

M. P., Malergehilfe, 18 Jahre alt, kath., München.

Die Eltern des Patienten geben an, dass schon nach der Geburt in der Magengegend das Auftreten einer kleinen, etwa erbsengrossen Geschwulst bemerkt worden sei. Diese hatte, als der Knabe 8 Jahre alt war, die Grösse einer Pflaume erreicht; in den folgenden Jahren wuchs dieselbe langsam. Von Seiten innerer Organe waren nie Störungen vorhanden. Bei den Eltern und Geschwistern sind ähnliche Geschwülste nicht vorgekommen. Erbrechen oder Druck auf den Magen, Aufstossen etc. wird nicht verursacht.

Status praesens:

Kräftig gebauter, junger Mann, mässiges Fettpolster. Genau über dem Epigastrium in der Mitte des Abdomens sitzt eine über faustgrosse Geschwulst, welche unterhalb des Proc. ensiformis beginnend bis 3 Finger breit oberhalb des Nabels reicht. Der Tumor hat eine weiche Consistenz; eine quer verlaufende Furche teilt ihn in eine grössere obere und eine kleine untere Hälfte. Der Tumor ist verschieblich und sitzt auf einer ziemlich breiten Basis auf, beim Palpieren hat man das Gefühl von unterliegendem Fett. Haut darüber normal. An anderen Körperteilen besteht ähnliche Geschwulst nicht.

Operation:

Die Geschwulst ist wenig mit der Haut verwachsen und sitzt breit auf der Rektusscheide auf, ohne jedoch in die Tiefe zu reichen.

Exstirpation derselben.

Diagnose: Praeperitoneales Lipom. Geheilt entlassen.

Fall III.

J. F., 31 Jahre alt, städt. Amtsschreiber, erkrankte 1899 an Magendarmkatarrh und war 3 Wochen bettlägerig. Frühjahr 1900 trat ein Leber-Gallensteinleiden mit längerer Zeit bestehender Gelbsucht hinzu. Patient hatte damals anfallweise auftretende Schmerzen in der Lebergegend. In demselben Jahre wurde von Herrn Dr. Schweiger eine oberhalb des Nabels sitzende Geschwulst konstatiert. 1901 wurden zwar die kolik-

artigen Beschwerden geringer, jedoch erkrankte Patient neuerdings an Magenkatarrh und Gelbsucht. Am 20. April 1902 erfolgte Aufnahme zur ambulatorischen Behandlung in die I. Medizinische Abteilung, von wo er der chirurgischen Klinik zugewiesen wird. Patient klagt über starke bohrende Schmerzen direkt unterhalb des linken Rippenbogens, die besonders nach der Mahlzeit auftreten, und dann nach oben gegen das Herz ausstrahlen. Es falle ihm das starke Aufgeblähtsein des Leibes, ebenfalls nach der Mahlzeit am stärksten auf. Appetit sei verhältnismässig gut. Stuhl meistens angehalten. Kein Erbrechen. In der Jugend hatte er Lungenentzündung, sonst sei er gesund gewesen. Eltern und Geschwister ebenfalls gesund.

Status praesens:

Ziemlich kräftig gebauter, gut genährter Mann, von ziemlich gutem Aussehen; das Fettpolster am Abdomen sehr gut entwickelt. Der Leib selbst ist mässig aufgetrieben, besonders die Gegend zwischen Nabel und Schwertfortsatz zeigt eine deutliche Verwölbung. Beim Palpieren ist eine ungefähr handbreit oberhalb des Nabels sitzende, umschriebene, auf Druck und zeitweise auch spontan (bei gefülltem Magen) sehr schmerzhafte Geschwulst zu konstatieren. Der Klangschall in der Magengrube ist gegenüber dem tympanitischen Schall des Abdomens leicht verkürzt. Bei aufgeblähtem Magen ist der Tumor an derselben Stelle zu fühlen. Die Leber überschreitet in der Mammillarlinie den Rippenbogen. Unterhalb derselben ist ebenfalls eine ziemlich hart sich anfühlende Resistenz zu palpieren. Die Untersuchung des Probefrühstückes ergibt das Fehlen von freier H. Cl.

Diagnose: Praeperitoneales Lipom.

Operation:

Bei derselben wird eine ca. pflaumengrosse Fettgeschwulst, die einen Stiel in die Tiefe sendet, im Unterhautfettgewebe sichtbar. Enucleation derselben. Heilung p. p. Keine Beschwerden mehr. Geheilt entlassen.

Fall IV.

C. P., Taglöhner, Landshut, 48 Jahre, kath. Im April 1894 fiel dem Patienten die Falle eines Dultstandes mit der einen Ecke auf die vordere Bauchwand, so dass Patient kurze Zeit ohnmächtig war und grosse Schmerzen an dieser Stelle hatte und einige Zeit beim Liegen Atembeschwerden empfand. Zwei Tage nach dem Stosse bemerkte Patient an der contusionierten Stelle schon eine gut faustgrosse Geschwulst, die vom Arzt punktiert wurde, aus der aber nur Blut herauskam. Nach ca. 3 Wochen bemerkte Patient, dass die Geschwulst kleiner und zugleich härter wurde. Auf ärztlichen Rat kam Patient hierorts.

Status praesens:

Ueber dem Rectus abdominis oberhalb des Nabels sitzt eine ovale Geschwulst unter der Haut, die sich gut abgrenzen lässt und gut verschieblich ist und nur am medialen Rande in der Mittellinie mit der Rectusscheide verbunden ist. Geschwulst höckerig gelappt.

Diagnose: Hernia epigastrica.

Operation:

Exstirpation der Geschwulst. Nach Herauspräparierung derselben ringsum zeigt sich der Stiel in der

Linea alba in die Tiefe gehend. Bei Umschneidung des Stieles wird das Peritoneum eröffnet und es zeigt sich der Stiel als aus Netz bestehend, das sich in den äusseren Tumor fortsetzt. Das Netz wird in 3 Ligaturen unterbunden, der Tumor abgeschnitten. Der für zwei Finger durchgängige Ring in der Fascia transversa mit zwei Seidennähten, die durch die recti gehen, verschlossen; dann nochmals eine Naht durch die Rectusscheide; äussere Naht. Die Verheilung erfolgt per primam.

Geheilt entlassen.

Fall V.

A. B., 47 Jahre alt, Steuermann. Patient bemerkte 3 Jahre vor seinem Eintritt in die Klinik eine kleine Geschwulst unterhalb der Herzgrube, die er nicht weiter beachtete, bis sie sich infolge heftigen Hustens vergrösserte. Der konsultierte Arzt verordnete ein Bruchband. Von da an hatte Patient keine weiteren Beschwerden. Auch konnte er mit dem Bruchbande schwere Arbeit leisten. Zur gänzlichen Beseitigung der Geschwulst entschloss er sich, hieherzugehen.

Status praesens:

Kräftig gebaut, gute Ernährung, Brustorgane gehörig, Bauch etwas vorgewölbt. Unterhalb des Processus ensiformis wölbt sich zwischen den Recti eine kleinapfelgrosse Geschwulst hervor. Die Geschwulst gibt tympanitischen Schall. Sie zeigt elastische Konsistenz, nur im Centrum findet sich ein harter Knoten. Der Inhalt der Geschwulst lässt sich leicht reponieren.

Diagnose: Hernia epigastrica und praeperitoneales Lipom.

Operation:

Spaltung der Haut. Nach Freilegung der Rectusscheide zeigt sich durch eine ca. markstückgrosse Lücke der Linea alba ein harter Fettklumpen durchgetreten. Nach Erweiterung der Lücke und Eröffnung des Peritoneums zeigt sich, dass dasselbe sich in diesen Fettklumpen hineinzieht, und dass dieser Fettklumpen praeperitoneales Fett ist. Abbindung des Fettklumpens. Excision eines kleinen Netzstückes. Verschluss des Peritoneums mit fünf Catgutnähten. Anfrischung der beiden Rectusscheiden. Vernähung der beiden hintern Scheiden mit 5 Silberdrahtnähten. Naht der vorderen Rectusscheide inclusive des Rectus, wobei die Silberdrähte zum Teil durchschneiden und durch Catgut ersetzt werden. Aeussere Hautnaht.

Patient wird mit Bauchbinde entlassen.

Fall VI.

T. N., 44 Jahre alt, Söldnersfrau, gibt an, im Jahre 1896 ohne eine Veranlassung plötzlich grimmende Schmerzen im Unterleibe verspürt zu haben, die bis zum Herbst 1897 in gleicher Weise bestanden. Von da ab trat eine Verschlimmerung des Zustandes ein. Patientin hatte immer stark an Appetitlosigkeit zu leiden, musste unter Tags des öfteren brechen (angeblich Wasser) und war heftig von Blähungen geplagt. Dabei steigerten sich die Schmerzen im Unterleibe und lokalisieren sich hauptsächlich in der Nabelgegend. Der Stuhl ist stets hart, es besteht ständiger Stuhldrang,

beim Pressen hat Patientin arge Schmerzen. Voriges Jahr soll des öfteren sehr viel Blut im Stuhle abgegangen sein. Patientin will in letzter Zeit auch ständig von Frost geplagt worden sein. Beim Urinieren hat Patientin keine Beschwerden, sie will sehr abgemagert sein. Menses besteht noch sehr regelmässig. Vor 6 Jahren Gebärmutterprolaps, sonst stets gesund. Vater an Wassersucht, Mutter an Magenverhärtung gestorben. Am 26. III. 98 kommt sie in die Klinik.

Status praesens:

Schwächlicher Körperbau, ziemlich reduzierter Ernährungszustand. Blasses Aussehen. Puls klein, weich, nicht beschleunigt. Lungenschall in der rechten Spitze etwas höher und kürzer wie links. Sonst überall sonorer Schall, Atemgeräusch überall vesiculär. Leber und Milz nicht vergrössert. Abdomen flach weich, überall tympanitisch. Im Magen etwa eine Stunde nach Flüssigkeitsaufnahme deutliches Plätschern; und in der Seitenlage und Rückenlage bei Druck auf den Magen und gleichzeitiger Respiration, lautes Gurren und Plätschern. Ueber dem Nabel in der Mittellinie fühlt man einen länglichen, zwetschgenkerngrossen Tumor unter den Bauchdecken, der unter den Fingern sich seitlich hin und her bewegen lässt.

Diagnose: Praeperitoneales Lipom.

Operation:

Längsschnitt in der Linea alba, in welcher sich etwa drei bis vier Finger breit oberhalb des Nabels ein dattelkerngrosses Lipom findet, das sich mit einem dünnen Stiel durch eine Lücke der Linea alba in die

Tiefe fortsetzt. Eine Ausstülpung des Peritoneums ist nicht vorhanden. Möglichst centrale Abbindung, Abtragung, Naht.

Heilung erfolgt p. p. i.

Geheilt entlassen.

Fall X.

S. F., 43 Jahre alt, Assessorswitwe. Patientin gibt an, im Oktober 1900 das Auftreten einer haselnussgrossen Geschwulst in der Magengegend bemerkt zu haben. Dieselbe ist acht Tage vor ihrem am 5. III. 02 erfolgten Eintritt in die Klinik bedeutend angeschwollen und hat sich seitdem beständig vergrössert. Beschwerden sind keine vorhanden.

Status praesens:

Guter Ernährungszustand. Fettpolster gut entwickelt. Herz und Lunge ohne besonderen Befund.

Bei der Untersuchung ist nur ein kleiner, kaum walnussgrosser Tumor zu finden, der sich reponieren lässt. Nach der Reposition in die Bauchhöhle fühlt man in der Linea alba einen engen, für eine Fingerspitze kaum durchgängigen Bruchring. Der Perkussionsschall ist gedämpft.

Diagnose: Hernia epigastrica.

Operation:

In Chloroformnarkose eliptische Umscheidung der kleinen Geschwulst. Nach Durchtrennung der Cutis und Subcutis wird der kleine Bruchsack an seiner Basis isoliert; nach der Eröffnung erweist er sich als leer; er wird mit drei Zwirnknopfnähten abgebunden. Dann wird rechts und links vom Bruchsack stumpf

die Fascie der Mm. recti freigelegt. Dabei zeigt sich am lateralen Rand des linken M. rectus, also neben der Hernie ein fünfpfennigstückgrosser Schlitz. Die Muskeln sind überhaupt schlecht entwickelt. Die Fascienblätter der Mm. recti werden mit vier Zwirnknopfnähten in Längsrichtung vereinigt und der Schlitz mit einer Naht für sich geschlossen.

Tamponade, Verschluss der Wunde, Xeroform-Heftpflasterverband.

Am 22. III. 02 wird Patientin mit Leibbinde geheilt entlassen.

Fall XII.

K. S., 25 Jahre alt, Privatierstochter, gibt an, seit Januar 1902 an Schmerzen in der Magengegend zu leiden, besonders beim Sitzen und Vornüberbeugen; auch habe sie Druckgefühl nach dem Essen. In England wurden ihre Beschwerden auf ein Leberleiden zurückgeführt und dementsprechend behandelt. Der hiesige konsultierte Arzt diagnosticierte eine Hernia epigastrica.

Status praesens:

Im Epigastrium nach links von der Medianlinie fühlt man einen daumengliedgrossen, empfindlichen, glatten Tumor, der sich nicht in die Bauchhöhle reponieren lässt. Die Geschwulst hängt mit der Leberdämpfung nicht zusammen, sondern ist durch eine Zone tympanitischen Schalles von ihr getrennt.

Diagnose: Praeperitoneales Lipom.

Operation:

In Aethernarkose Exstirpation eines ca. taubeneigrossen Lipoms. Verschluss der Wunde durch Naht.

Am 28. VII. 02 wird Patientin geheilt entlassen.

Fall XIII.

L. K., 27 Jahre alt, Bildhauer, gibt an, dass er seit etwa Juli 1902 Schmerzen oberhalb des Nabels in der Magengegend verspüre. Die Schmerzen sollen nach dem Essen stärker aufgetreten und bis zum Kehlkopf und nach beiden Seiten ausgestrahlt sein. Viel Aufstossen, häufig saurer Geschmack im Munde, etwa alle Wochen einmal Erbrechen. Nach Abführmitteln fühle er stets Erleichterung. Appetit gut, Stuhlgang regelmässig.

Status praesens: Mittlerer Ernährungszustand, etwas blasse Gesichtsfarbe. Herz und Lunge sind ohne besonderen Befund.

Etwa drei Querfinger oberhalb des Nabels in der Mittellinie eine etwa kirschgrosse unter der Haut liegende Geschwulst von mittlerer Consistenz, bei stärkerem Druck empfindlich und nicht in die Bauchhöhle zurückschiebbar. Die Mm. recti zeigen an dieser Stelle eine deutliche Diastase. Beim Husten keine Vergrösserung des Tumors. Der Leib sonst weich und nur in der Magengegend leicht druckempfindlich.

Diagnose: Hernia epigastrica.

Operation:

In Aethernarkose Schnitt in der Linea alba. Nach Freilegung der Fascie zeigt sich aus einer kaum erbsengrossen Lücke der Bauchwand eine ca. haselnussgrosse

Netzhernie ausgetreten. Abtragung von Bruchsack und Netz, Anfrischung des Bruchringes und Vernähung mit vier Catgutnähten. Hautnaht, Heftpflasterverband.

Am 28. Okt. 1902 wird Patient geheilt entlassen. Die Magenbeschwerden haben vollständig aufgehört.

Fall XIV.

F. L., 27 Jahre alt, Taglöhner, musste am 9. Oktober 1902 mit mehreren anderen Arbeitern einen ca. vier Zentner schweren Stein heben. Er verspürte sofort einen stechenden Schmerz in der Magengrube; zugleich gewahrte er daselbst eine ca. kirschgrosse Vorwölbung der Bauchdecken. Beim Husten und Pressen soll sich die Geschwulst noch vergrössern und heftige Beschwerden verursachen. Der behandelnde Arzt verordnete ein Bruchband, welches Patient indes nach kurzer Zeit wegen des ständigen Druckes auf den Magen entfernen musste.

Status praesens:

Kräftig gebauter, gut genährter junger Mann von gesundem Aussehen. Die inneren Organe sind ohne Besonderheiten.

Die Magengrube ist im ganzen deutlich vorgewölbt. In der Linea alba etwa handbreit oberhalb des Nabels befindet sich eine kreisrunde, für die Kuppe des Zeigefingers durchgängige Oeffnung, aus der sich beim Husten und Pressen unter knirschendem Geräusch eine Darmschlinge vordrängt. Auch beim Stehen ist die ca. kirsch- bis nussgrosse Vorwölbung oberhalb des Nabels fühlbar.

Diagnose: Hernia epigastrica.

Operation:

In gemischer Narkose wird in der Linea alba vom Processus ensiformis beginnend ein ca. 10 cm langer Längsschnitt geführt. Nach Durchtrennung der Haut liegt im Unterhautzellgewebe ein ungefähr kirschgrosses Lipom zu Tage, das vom darunterliegenden Bruchsacke abgetragen wird. Hierauf Oeffnung des letzteren und Abschnürrung mit Catgut. Der Stumpf wird versenkt und der Kanal mit drei Catgutnähten geschlossen. Hautnaht mit Zwirn.

Die Wunde ist am 6. XII. 02 p. p. geheilt. Patient wird am 12. XII. 02 geheilt entlassen.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, Willibald Dietrich, evangelischer Konfession, als Sohn des Ziegeleibesitzers Otto Dietrich und dessen Ehefrau Pauline, geb. Kindel, am 9. November 1873 zu Ketzin a. H.

Meine wissenschaftliche Ausbildung erhielt ich auf dem städtischen Louisen-Gymnasium zu Berlin, dem Gymnasium zu Luckau N/L. und dem städtischen Gymnasium zu Gartz a./O., welches ich am 17. März 1896 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Ich bezog darauf die Universität Freiburg, um mich dem Studium der Medizin zu widmen, und setzte alsdann in den folgenden Semestern in Leipzig und München meine Studien fort, woselbst ich die ärztliche Vorprüfung bestand. Das medizinische Staatsexamen beendigte ich am 23. März 1903 ebenfalls in München.

München, den 12. Juni 1903.